

114.

**KLASYFIKACJA NOWOTWORÓW
PĘCHERZA MOCZOWEGO
- PODSTAWY KLINICZNE
I MOLEKULARNE**

Kordek R.

Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

Klasyfikacje nowotworów pęcherza moczowego, a w szczególności brodawkowatych rozrostów powierzchniowych budzi liczne kontrowersje. Klasyfikacja WHO z 1999 roku, obok brodawczaka i raków brodawkowatych G1- G3, wprowadziła nową jednostkę - papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP), co spowodowało poszerzenie tej grupy do pięciu jednostek. Podział nie został powszechnie zaakceptowany, a dane literaturowe na temat jego celowości są rozbieżne. Poprzednia klasyfikacja WHO z 1973 roku wyróżniała jedynie brodawczaki i trzy stopnie raka brodawkowatego. Jednakże badania uropatologów skandynawskich (Berkvist, Malmstrom i inni) wykazały, że grupa raka G-1 jest heterogenna i zawiera dwie jednostki o nieco różnym rokowaniu. Ta argumentacja została przyjęta przez konsensus WHO/ISUP i wdrożona w klasyfikacji WHO z 1999 roku, gdzie „stare” raki G1 podzielono na PUNLMP i raki G-1. Brodawczaki pozostały z przypisanym im bardzo dobrym rokowaniem (brak progresji, nieliczne nawroty). Opinie na temat zasadności podziału pozostałych nowotworów na cztery grupy są różne. Część autorów znalazła różnice w rokowaniu (nawroty, progresja) pomiędzy PUNLMP i rakami G1, G2 i G3. Inni badacze nie potwierdzili tych doniesień. Pojawiły się także prace dowodzące, że ani klasyfikacja WHO 73’ ani WHO 99’ nie pozwala na wykazanie statystycznie istotnych różnic w ocenie progresji i rokowania. Jednak już klasyfikacja WHO 99’ zwraca uwagę, że podstawowe znaczenie ma odróżnienie nowotworów o niskiej złośliwości (PUNLMP i rak G-1) od nowotworów o wysokiej złośliwości (rak G2 i G3). Stoi to nadal w sprzeczności z częścią doniesień, jednak odpowiada

podziałom proponowanym przez autorów amerykańskich (Murphy, AFIP). Za takim podziałem przemawiają badania molekularne, które wykazały, że nowotwory z grupy low-grade mają inne zmiany niż nowotwory bardziej agresywne. Zarówno w guzach low-grade jak i w brodawczakach stwierdza się nieliczne zmiany genomowe (głównie chromosomu 9), diploidię i mutacje aktywacyjne FGFR3, gdy natomiast raki G-2 i G-2 częściej mają liczne zmiany w genach (różne chromosomy), są poliploidalne i rzadko stwierdza się mutacje FGFR3. Ta ostatnia obserwacja nakazuje zapytać, czy na pewno guzy o wysokiej złośliwości powstają na podłożu zmian o niższej złośliwości czy też tworzą się niezależnie. Przygotowana obecnie klasyfikacja WHO 2004 pozostawia papilloma i PUNLMP dzieląc raki brodawkowe jedynie na dwie grupy. Wydaje się, że badania molekularne i dokładne badania kliniczne mogą na końcu doprowadzić do połączenia tych jednostek tylko w dwie, różne rokowniczo grupy. Z drugiej strony trzeba pamiętać, że każda klasyfikacja jest nie tyle ustaleniem prawdy co ustaleniem kompromisu, a o to może być jeszcze długo bardzo trudno.

115.

**BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE W DIAGNOSTYCE GUZÓW
TARCZYCY. CZY TO JUŻ STANDARD?**

Lange D., Nikiel B.

Zakład Patologii Nowotworów Centrum
Onkologii-Instytut w Gliwicach

Celem pracy jest przedstawienie na podstawie własnych doświadczeń i przeglądu piśmiennictwa badań immunohistochemicznych wykorzystywanych w diagnostyce guzów tarczycy. Omówiono diagnostykę różnicową raka rdzeniastego, ze szczególnym uwzględnieniem najczęściej popełnianych błędów na etapie przygotowywania odczynów immunohistochemicznych jak i samej interpretacji otrzymanych reakcji. Przedstawiono metodykę oceny materiału operacyjnego w przypadkach operacji profilaktycznych w rodzin-